業務内容確認用紙（依頼試験）

該当項目の□を■に変更してください。

株式会社コスモス・コーポレイション御中

記入日：平成　　年　月　日

業務依頼者（見積書の宛先）

会社名：	株式会社コスモス・コーポレイション				
住所：	三重県度会郡度会町大野木 2571-2				
部署名：	電安事業部			部署名：	電安事業部
氏名：	コスモス　太郎				
TEL：	0596-63-0707	TEL：	0596-63-0707	TEL：	0596-63-0707

製品情報

製品名、モデル名：	電気掃除機　COS-257（W）　　※　（W）は外装色がホワイト									
※証明書に記載する「製品名、モデル名」を記載願います。										
入力定格：	100	V	50/60	Hz	850	W		A		VA
定格時間：		分	出力定格：			V		A		
サイズ（長さ・幅・高さ）、重量：	120	cm			50	cm	30	cm	6.5	kg

評価内容

適用規格（年度）：	J60335-1（4 版＋H20）、J60335-2-2（H20）
試験項目：	11 項　温度上昇試験
詳細試験内容：	規格通り

試験品

試験品送付予定日： ※弊社にはフォークリフトはありません。	平成	24	年	04	月	01	日
試験完了希望日：	平成	24	年	05	月	31	日

成果物

検査結果報告書（和文1部を PDF データでメール送付）				
オプション	□	英文での成績書が必要（有償）	□	郵送での成績書が必要（有償）

業務内容確認用紙 (依頼試験)

該当項目の□を■に変更してください。

添付資料

■	回路図	■	ブロック図	■	部品リスト	■	取扱説明書	■	外観図

製品詳細情報

使用場所　(オフィス、家庭用、商業用、研究室用、工場等)：	家庭用	
使用用途 (何をするための製品かをご記入ください)： 家庭で掃除をするため		
使用者 (一般消費者、サービスマン、店員等)：	一般消費者	
内部最大使用周波数 (回路等の動作の際、発信される周波数がある場合)：		Hz
点灯周波数 (光源がある場合)：		Hz
定格高周波出力 (下記の電気用品名に該当するものは記載してください。)：		W
高周波利用周波数 下記の電気用品名に該当するものは記載してください。)：		Hz

対象電気用品名		
超音波加湿機	家庭用超音波治療器	高周波脱毛器
超音波洗浄機	家庭用超短波治療器	高周波ウエルダー

対象電気用品名	範囲	対象電気用品名	範囲
電気がま	電磁誘導加熱式のもの	超音波加湿機	全て
電磁誘導加熱式調理器	全て	超音波洗浄機	全て
自動販売機	電子レンジ有するもの	高周波脱毛器	全て
複写機	電磁誘導加熱利用のもの	家庭用超音波治療器	全て
インターフォン	搬送式インターフォン	家庭用超短波治療器	全て
アーク溶接機	高周波電流を重畳し使用するもの	高周波ウエルダー	全て
家庭用電位治療器	高周波利用のもの	電子レンジ	全て
超音波ねずみ駆除機	全て		

製品に接続できるケーブル

ケーブル名	試験用の長さ		使用出来るケーブルの最大の長さ		シールドタイプのケーブル使用				フィライトコア			
電源ケーブル	3	m	3	m	□	使用	■	未使用	□	使用	■	未使用
		m		m	□	使用	□	未使用	□	使用	□	未使用
		m		m	□	使用	□	未使用	□	使用	□	未使用
		m		m	□	使用	□	未使用	□	使用	□	未使用
		m		m	□	使用	□	未使用	□	使用	□	未使用

電源ケーブル、DC ケーブル、LAN ケーブルなど試験品につなぐことが出来るケーブル全てをご記入ください

※1：「使用出来るケーブルの最大の長さ」には、製品の仕様上の長さを記載ください。
(線の長さにより要求される試験項目が異なるため、この資料を基に試験を進めさせて頂きます。)

※2：信号線の仕様長が 3m を超える場合には信号線の試験が要求され、試験用クランプを挟み込む必要があるため、試験用のケーブルは 2m 以上のものを送付ください。

※3：「試験用の長さ」には実際に測定時使用するケーブルの長さを記載ください。

業務内容確認用紙 (依頼試験)

該当項目の□を■に変更してください。

動作環境

・見積および評価に関して重要な情報です。

動作モード　(例) 複合機の場合：コピー機能・スキャン機能・FAX 機能、扇風機の場合は強・中・弱	
動作モード	
試験品を動作させるために必要となるもの： (例)　シュレッダーの場合：細断する紙、ウォーターサーバーの場合：水	
必要となるもの	
試験品を動作させるために必要となる周辺機器： (例)　DVD レコーダーの場合：テレビ・スピーカー	
周辺機器	強・弱
最大負荷動作：製品の消費電力が最大となる動作方法をご記入ください。(出来る限り詳細に御願い致します。)	
最大負荷動作	スイッチを強にしたとき
最大負荷動作を させる為の設定方法	
設置状態：製品の通常使用時の設置状態 (壁から何 cm 以上離す、ラックに組み込む等) をご記入ください。 **(複数ある場合は全てご記入ください)** **又、周辺機器等がある場合、それらの設定方法も合わせてご記入ください。**	
設置状態	□卓上　□ラックに組み込む　□壁掛け　■床置　□携帯 (手持ち形)

業務内容確認用紙（依頼試験）

該当項目の□を■に変更してください。

連絡先

本業務に関する実務担当者： ※申請者と別会社の場合、委任状が必要となります ※見積書の送付はこの担当者の方に送付します。	■	業務依頼者	□	連絡先1	□	連絡先2
実務でメールを送信するときの cc：での連絡先	□	業務依頼者	■	連絡先1	□	連絡先2
検査結果報告書の宛先：	■	業務依頼者	□	連絡先1	□	連絡先2
検査結果報告書の送付先：	■	業務依頼者	□	連絡先1	□	連絡先2
請求書宛先：	□	業務依頼者	■	連絡先1	□	連絡先2
請求書送付先：	□	業務依頼者	■	連絡先1	□	連絡先2
サンプル返却先：	■	業務依頼者	□	連絡先1	□	連絡先2

サンプル返却方法： ※原則着払いです	■	着払い					
		■ 指定運送業者無し	□	指定運送業者有り （運送業者名：　）			
	□	元払い希望 （元払い費用に手数料１０％かかります。請求書発行時に上乗せします。）					
	□	引き取る					
		引き取り連絡先：	□	業務依頼者	□	連絡先1	□ 連絡先2

連絡先1

会社名：	株式会社コスモス･コーポレイション				
住所：	三重県松阪市桂瀬町 718-1				
部署名：	業務管理部			部署名：	業務管理部
氏名：	コスモス　花子				
TEL：	0598-30-5225	TEL：	0598-30-5225	TEL：	0598-30-5225

連絡先2

会社名：					
住所：					
部署名：				役職名：	
氏名：					
TEL：		FAX：		E-Mail：	